

- en bloc sacrectomy for osteosarcoma using a custom-made prosthesis: a technical note[J]. Spine, 2001, 26(8): 431-439.
6. Leggon RE, Zlotnicki R, Reith J, et al. Giant cell tumor of the pelvis and sacrum: 17 cases and analysis of the literature[J]. Clin Orthop Relat Res, 2004, 423: 196-207.
 7. Beadel GP, McLaughlin CE, Aljassir F, et al. Iliosacral resection for primary bone tumors: is pelvic reconstruction necessary[J]? Clin Orthop Relat Res, 2005, 438: 22-29.
 8. Gunterberg B, Romanus B, Stener B. Pelvic strength after major amputation of the sacrum: an experimental study [J]. Acta Orthop Scand, 1976, 47(10): 635-642.
 9. 郭卫, 汤小东, 杨毅, 等. 骶骨肿瘤的分区与手术方法探讨[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2007, 17(8): 605-610.
 10. Shikata J, Yamamuro T, Kotoura Y, et al. Total sacrectomy and reconstruction for primary tumors: report of two cases [J]. J Bone Joint Surg Am, 1988, 70(1): 122-125.
 11. Tomita K, Tsuchiya H. Total sacrectomy and reconstruction for huge sacral tumors [J]. Spine, 1990, 15(11): 1223-1227.
 12. Gokaslan ZL, Romsdahl MM, Kroll SS, et al. Total sacrectomy and Galveston L-rod reconstruction for malignant neoplasms: technical note [J]. J Neurosurg, 1997, 87(12): 781-787.
 13. Minoru D, Toshihiko H, Tetsuhiro I, et al. Total sacrectomy and reconstruction for sacral tumors [J]. Spine, 2003, 28(15): 296-301.

(收稿日期: 2008-10-15 修回日期: 2008-12-09)

(英文编审 郭万首)

(本文编辑 卢庆霞)

个案报道

以臀部巨大包块为首发表现的腰椎结核 1 例

杨 寅, 柏龙文, 张春俊

(西安市中心医院骨科 710003)

doi:10.3969/j.issn.1004-406X.2009.02.04

中图分类号: R529.2 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2009)-02-0098-02

腰椎结核在临床上较常见, 患者往往有结核病史或伴有结核中毒表现, 或以腰痛或神经刺激症状等为首发表现, 进行性加重。我们收治 1 例以臀部巨大包块为首发表现的腰椎结核患者, 报告如下。

患者, 男, 43 岁, 工人, 既往体健。因“发现左臀部包块半年”入院。半年前无意中发现左臀部有一核桃大包块, 不伴有疼痛, 无腰痛或下肢疼痛无力感, 无消瘦、盗汗或咳嗽, 食欲及大小便正常, 未行治疗。此后包块逐渐增大, 曾在外院求治, 诊断为左髋部肿瘤, 建议手术治疗(未进行特殊处理)。于 2007 年 2 月 12 日转来我院进一步治疗。查体见左臀部有约 18×20cm 隆起包块, 表皮无红肿, 无压痛, 有波动感, 脊柱无后凸或侧凸畸形, 各椎体棘突区及椎旁无压痛, 腰部活动度正常, 双侧髋关节无压痛, 活动度正常, 双侧“4”字试验和 Thomas 征阴性, 其余未见明显异常。B 超检查示左臀部肌肉层内囊性占位, 大小为 18×15×6cm。入院后给予腰椎 MRI、X 线片检查, 结果是腰椎旁、双侧腰大肌周围及左侧内收肌间臀大肌内异常信号影, 考虑脓肿。L2 椎体楔形变, L3/4 椎间融合, L5/S1 椎间隙变窄(图 1); 胸片正常; 血沉 40mm/h, PPD 实验强阳性。入院诊断: 腰椎结核并左臀部脓肿形成。经抗痨(异烟肼、利福平、

乙胺丁醇、链霉素, 即 HRES 四联) 治疗 2 周后行常规腰椎及周围脓肿病灶清除术。在全麻下行腰椎双侧倒八字切口, 腹膜外入路探查见双侧腰大肌内有脓肿形成, 左侧明显, 抽出约 500ml 脓液, 脓腔向下延伸达左髋部, L5 椎体有轻度骨破坏, 无死骨, 其他椎体无骨破坏, 彻底清理脓腔, 刮除病灶骨内坏死组织, 反复冲洗窦道及脓腔, 再于左臀后外侧做另一切口, 探查见臀大肌内有一巨大脓腔, 抽出脓液约 2000ml, 与腰大肌脓腔在左髋内侧交通, 清理后反复冲洗各脓腔和骨窦道, 于 L5 椎体病灶处及臀部脓腔内分别放置链霉素干粉 1.0g, 缝合关闭创腔, 使其内无空腔形成, 加压包扎左臀部伤口。术后病理检查示有干酪样坏死组织和结核样肉芽肿形成, 符合结核病理改变(图 2, 后插页 I)。经卧床腰部制动, 继续原方案抗痨治疗, 左臀部脓肿给予间断穿刺并加压包扎等治疗 2 个月后痊愈出院, 出院后继续卧床腰部制动, 停用链霉素, 继续 HRE 方案化疗 1 年, 定期复查血沉、肝功等检查。随访约 2 年, 患者痊愈, 恢复正常工作, 原结核病灶无复发(图 3)。

讨论 脊柱结核临床上较常见, 占全身骨与关节结核的第一位, 其中腰椎结核最多见。患者往往有结核病史或伴有结核中毒表现, 腰痛或神经刺激症状等为常见表现, 进行性加重, 结合影像学资料, 诊断一般不困难。但当患者结核中毒症状不明显, X 线片表现不典型时, 单纯依靠临床表现常无法明确诊断, 易出现误诊和误治, 延误病

(下转第 103 页)

第一作者简介: 男(1974-), 主治医师, 医学硕士, 研究方向: 创伤骨科及显微外科

电话: (029)87268355-5010 E-mail: yydoctor@126.com

- role of the orthopaedist [J]. J Am Acad Orthop Surg, 1999, 7(4): 217-230.
8. Nijland EA, Vandenberg MP, Wuisman PI, et al. Correction of a dystrophic cervicothoracic spine deformity in Recklinghausen's disease [J]. Clin Orthop Relat Res, 1998, 349: 149-155.
9. Ward BA, Harkey HL, Parent AD, et al. Severe cervical kyphotic deformities in patients with plexiform neurofibromas: case report [J]. Neurosurg, 1994, 35(5): 960-964.
10. Vadier F, Courjaud X, Pointillart V, et al. Neurofibromatosis of the lower cervical spine: an operative case report [J]. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot, 2000, 86(7): 737-740.
11. Yonezawa I, Arai Y, Tsuji T, et al. Anterior fusion and poste-

- rior correction of severe cervical kyphosis using pedicle screw fixation in a patient with neurofibromatosis: a case report [J]. J Spinal Disord Tech, 2003, 16(5): 493-496.
12. Langeloo DD, Journee HL, Pavlov PW, et al. Cervical osteotomy in ankylosing spondylitis: evaluation of new developments [J]. Eur Spine J, 2006, 15(4): 493-500.
13. Mehdian SM, Freeman BJ, Licina P. Cervical osteotomy for ankylosing spondylitis: an innovative variation on an existing technique [J]. Eur Spine J, 1999, 8(6): 505-509.

(收稿日期: 2008-08-13 末次修回日期: 2009-01-07)

(英文编审 蒋欣)

(本文编辑 彭向峰)

(上接第 98 页)



图 1 a 腰椎 X 线片示 L2 椎体楔形变, L3/4 椎间融合, L5/S1 椎间隙变窄 b MRI 示左臀部肌间巨大脓肿 图 3 术后 18 个月腰椎正(a)、侧(b)位 X 线片示稳定性良好, 无骨破坏, 无继发后凸畸形, 病灶间骨融合、钙化

情, 甚至造成脊髓神经受压, 出现截瘫症状^[1,2]。本例患者无结核病史, 以臀部巨大包块为首发症状, 不伴有发热、盗汗等结核中毒表现, 无腰痛或神经刺激等其他异常表现, 非常少见。推测其形成原因可能为患者抵抗力较强, 被感染的结核菌毒力低, 从而腰部症状轻微, 病灶进行性发展, 形成腰大肌脓肿, 因重力作用蔓延至髂窝, 通过肌间隙到达臀部, 从而形成臀部肌间巨大寒性脓肿。

该患者曾在外院被诊断为左臀部肿瘤, 是因为单纯从病变局部出发, 未仔细检查和分析病情, 忽视腰椎结核的不典型表现。为防止误诊或漏诊此类患者, 诊断时应从整体来考虑病情, 不能只重视病变局部, 应详细询问病史和查体, 了解相关部位有无异常, 局部包块的性质和范围, 生长速度, 有无压痛, 加压或改变体位后体积是否变化, 有无波动感, 必要时可穿刺活检。部分影像学、特殊化验等检查必不可少, 如腰椎、骨盆拍片, B 超检查和结核菌素试验等, 由于 MRI 可清楚显示受累脊椎及椎旁软组织的信号改变, 尤其能较好显示椎体、椎间盘、脊髓与神经根的异常解剖关系, 对于跳跃型脊柱结核, 更能获得一个直观的、立体的全貌^[3], 并可以直接显示脓肿、空洞以及脊髓或硬膜囊的压迫变形和信号的改变, 对脊柱结核早期诊断比其他影像学检查更敏感, 并为治疗与手术入路选择提供依据, 有作者认为应为脊柱结核的常规及首选检查项目^[4]。

腰椎结核伴较大脓肿形成应该尽早手术治疗, 减少

椎体坏死及后凸畸形发生, 防止发展为不可逆性改变, 术式的选择要根据现有结核病灶破坏对脊柱稳定性影响以及手术可能造成的稳定性改变来选择合适的术式^[5]。本例患者以局部脓肿为主要表现, 无神经症状, 病变腰椎稳定, 无后凸畸形, 故不必行腰椎植骨和内固定, 单纯给予刮除结核病灶、脓肿清除术, 术后效果满意。

参考文献

1. 施建党, 王自立, 赵浩宁, 等. 非典型性脊柱结核的临床诊治 [J]. 宁夏医学杂志, 2006, 28(8): 584-585.
2. Mehta JB, Emery MW, Girish M, et al. Atypical Pott's disease: localized infection of the thoracic spine due to Mycobacterium avium-intracellulare in patient without human immunodeficiency virus infection [J]. South Med J, 2003, 96(7): 685-688.
3. Narlawar RS, Shah JR, Pimple MK, et al. Isolated tuberculosis of the spine: magnetic resonance imaging findings in 33 patients [J]. Spine, 2002, 27(3): 275-281.
4. Hasegawa K, Murata H, Naitoh K, et al. Spinal tuberculosis: report of an atypical presentation [J]. Clin Orthop, 2002, 403: 100-103.
5. 瞿东滨, 金大地, 陈建庭, 等. 脊柱结核外科治疗的术式选择 [J]. 中华骨科杂志, 2005, 25(2): 74-78.

(收稿日期: 2008-10-21 修回日期: 2008-11-24)

(本文编辑 彭向峰)